|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Oficina de la Alcaldesa para la Vivienda**  **y Desarrollo Comunitario**  **(MOHCD)** | **Formulario de admisión del cliente de MOHCD**   1. Revise este formulario con el cliente y complete todas las partes. 2. Consulte la hoja de instrucciones si necesita ayuda para completar el formulario. 3. Este formulario deberá mantenerse archivado durante 5 años. |

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido o *Client ID*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono (Opcional): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

(Opcional) MM DD AAAA

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Raza y etnia ¿Cuál de las siguientes describe mejor su raza/etnia?** (Seleccione TODAS las casillas que se apliquen en su caso) | |
| **Indígena**  Indio americano/nativo americano (especifique el grupo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  Indígena de México, el Caribe, América Central o América del Sur (especifique el grupo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  Otro indígena \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Asiático**  Chino  Filipino  Japonés  Coreano  Mongol  Del Asia Central  Del sur de Asia  Del sureste asiático  Otro Asiático \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Latino**  Caribeño  De América Central  Mexicano  De América del Sur  Otro Latino \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Negro**  Africano  Afroamericano  Del Caribe, América Central, América del Sur o mexicano  Otro negro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Del Medio Oriente/Asia Occidental o de África del Norte**  De África del Norte  De Asia Occidental  Otro medio oriente o de África del Norte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **De las Islas del Pacífico**  Chamorro  Nativo hawaiano  Samoano  Otro de las islas del Pacífico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Blanco**  Europeo  Otro blanco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**2. Identidad de género y orientación sexual**

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Cuál es su género?**  Seleccione UNO (el que describa mejor su identidad de género actualmente):  Mujer  Hombre  Genderqueer/Género no binario/Género no conforme  Mujer trans  Hombre trans  Deseo no contestar  No aparece en la lista. Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Deseo no contestar  **¿Con que nombre prefiere que nos dirijamos a usted?**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Opcional)* | **¿Cómo describe su orientación sexual o identidad sexual?** (Seleccione UNO)  Bisexual  Gay/lesbiana/amante del mismo género  Cuestionándose/no estar seguro  Heterosexual  Pansexual  No aparece en la lista. Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Deseo no contestar |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Qué pronombres de género usa? [Opcional]**  (Seleccione UNO)  Ella  Él  Elle  No aparece en la lista. Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1. **Idioma**   **¿Cuál es el idioma que se habla mayormente en su casa?**  (Seleccione UNO)  Chino – cantonés  Ruso  Chino – mandarín  Español  Inglés  Vietnamita  Filipino  Otro idioma. Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **De las siguientes definiciones, ¿cuál describe mejor a su familia?** Una familia puede ser una persona soltera o un grupo de personas que viven juntas. (Seleccione UNO)  Familia dirigida por una persona adulta  Familia dirigida por dos personas adultas | Número de personas que viven en su familia (incluyéndose a usted mismo):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Ingresos aproximados en los próximos 12 meses de todos los miembros adultos:** $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**4. Tamaño de la familia e ingresos**

**5. Certificación de los ingresos**

Información de los ingresos actuales (revise y marque con un círculo los ingresos del cliente. *Número de personas en la sección 4. El tamaño de la familia e ingresos deben coincidir con esta sección. Si la familia tiene más de 8 miembros, consulte la hoja de instrucciones).*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Familia de: | 1 persona: | 2 personas: | 3 personas: | 4 personas: | 5 personas: | 6 personas: | 7 personas: | 8 personas: |
| Ingresos extremadamente bajos | $0 – 36,550 | $0 – 41,800 | $0 – 47,000 | $0 – 52,200 | $0 – 56,400 | $0 – 60,600 | $0 – 64,750 | $0 – 68,950 |
| Ingresos bajos | $36,551-60,900 | $41,801-69,600 | $47,000-78,300 | $52,201- 87,000 | $56,401- 94,000 | $60,601- 100,950 | $64,750- 107,900 | $68,950- 114,850 |
| Ingresos moderados | $60,901- 97,600 | $69,601- 111,550 | $78,301- 125,500 | $87,001- 139,400 | $94,001- 150,600 | $100,951- 161,750 | $107,901- 172,900 | $114,851- 184,050 |
| Por encima de los ingresos moderados | $97,601  o más | $111,551 o más | $125,501 o más | $139,401  o más | $150,601 o más | $161,751 o más | $172,901 o más | $184,051 o más |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Recibe algún tipo de beneficio público?**  (Seleccione TODAS las que se apliquen en su caso)  CalWorks  CalFresh  Asistencia monetaria relacionada con el Medi-Cal (CALM)  Programa de asistencia monetaria para inmigrantes (CAPI)  Programa de ayuda del condado para adultos (CAAP)  Medi-Cal  Ayuda monetaria para refugiados  Seguro de incapacidad del seguro social (SSDI)  Ingreso de seguridad suplementario (SSI) | **¿Qué fuentes se información se utilizaron para verificar sus ingresos?**  (Seleccione TODAS las que se apliquen en su caso)  Beneficios públicos *(marque aquí si seleccionó una de las opciones de la izquierda)*  Talón de nómina  Declaración de impuestos  Beneficios de desempleo  Beneficios para veteranos  Ayuda para el alquiler *(p. ej. cupón de la Sección 8)*  **Cuidado de** crianza  Autocertificado. Explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas. Comprendo que esta información está sujeta a verificación únicamente por parte de funcionarios autorizados de HUD (U.S. Department of Housing & Urban Development) para subsidios financiados por el gobierno federal.*

**CLIENTE ENTREVISTADOR**

Nombre del cliente con letra de molde Nombre del entrevistador con letra de molde

Firma del padre/madre/cliente Fecha Firma del entrevistador Fecha